

VERA LÚCIA ESTEVES LOPES

Impacto do AVC em Doentes com Idade Ativa e o Acesso aos Direitos Sociais em Tempo de Austeridade



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

COIMBRA, 2017

Impacto do AVC em Doentes com Idade Ativa e o Acesso aos Direitos Sociais em Tempo de Austeridade

Vera Lúcia Esteves Lopes

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora Alcina Martins

Coimbra, abril de 2017

AGRADECIMENTO

Alguns trajetos são difíceis de percorrer mas, quando se tem as pessoas certas ao lado tudo se torna mais fácil.

OBRIGADA do fundo do coração a todos aqueles que me acompanharam neste percurso e o tornaram tão mais agradável e simples. OBRIGADA por acreditarem em mim e não me deixarem desistir quando parecia ser o caminho mais fácil.

“Recomeça... se puderes, sem angústia e sem pressa e os passos que deres, nesse caminho duro do futuro, dá-os em liberdade, enquanto não alcances não descanses, de nenhum fruto queiras só metade.”

Miguel Torga

RESUMO

Com a crise económico-financeira a partir de 2008 sucederam-se novas e profundas alterações que marcaram as políticas de saúde, Segurança social e acesso aos direitos sociais, que se refletem nas condições de vida dos doentes com acidente vascular cerebral (AVC).

A presente investigação recaiu em doentes com diagnóstico clínico de AVC em idade ativa e com vínculo laboral, entre os 29 e os 64 anos, que no ano 2015 estiveram internados na Unidade de Cuidados Continuados Convalescença do Rovisco Pais e beneficiaram de programa de reabilitação.

O objetivo geral desta investigação foi o reconhecimento nestes doentes dos impactos provocados pelo AVC, como pelas políticas e direitos sociais em tempos de austeridade. Para identificar as alterações ocorridas ao nível da atividade laboral, alteração dos rendimentos auferidos e direitos à saúde, Segurança Social e reabilitação foi estabelecido, em 2017, um contato telefónico a estes doentes.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e documental através da análise dos processos sociais. Recorreu-se análise qualitativa, transversal e exploratória por fazer uma aproximação à atual condição de vida dos doentes que sofreram AVC.

Os resultados permitiram identificar que 89% destes doentes não retomaram a atividade profissional anteriormente exercida, apenas 11% o fizeram. A incapacidade para o trabalho conduziu a que 67% passassem à condição de aposentados por invalidez. A maioria foi alvo de um processo de empobrecimento, 69%, que viu os rendimentos reduzidos por via da pensão invalidez, subsídio doença e subsídio desemprego, ficando a auferir prestações sociais mínimas, ou seja, a viver com um rendimento inferior ao salário mínimo nacional.

Os direitos sociais são assegurados em patamares mínimos. Estes doentes ficaram duplamente lesados, tanto pela impossibilidade de terem uma relação laboral como na erosão dos direitos sociais neste período histórico.

Palavras-chave: AVC, Idade Ativa, Direitos Sociais

ABSTRACT

Due to the economic and financial crisis, since 2008 new and profound changes have taken place and have influenced health policies, social security and access to social rights, which impact on the living conditions of patients who survived to a stroke.

Our research was carried out with working-aged employed patients (aged 29 to 64) with a clinical diagnosis of stroke, admitted in 2015 to the Convalescence and Continued Care Unit of Rovisco Pais benefiting from an inpatient rehabilitation program.

The main purpose of this research was to identify the impact of the stroke in these patients and the effects of the social policies and rights in times of austerity. In order to identify the changes occurred in work activity, income, healthcare rights, social security and rehabilitation, we established telephone survey with the patients in 2017.

The data collection methodology used was bibliographical and documentary research through the analysis of the social processes. Qualitative, cross-sectional and exploratory analysis were used to make an approach to the current living conditions of the patients who suffered a stroke.

The results allowed to conclude that 89% of these patients did not return to the previous working activity, only 11% doing it. Inability to work led 67% of the patients to incapacity retirement. Most of the patients have impoverished, 69% saw their income reduced because of invalidity pensions, illness or unemployment benefits. They receive minimum social security benefits, that is to say their income is below the national minimum wage.

Social rights are guaranteed at minimum levels. These patients were doubly harmed, both by the impossibility of having an employment relationship and by the erosion of social rights in this historical period.

Key words: stroke, working age, social rights

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMRRC-RP - Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

CRP -Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

DUDH – Declaração Universal dos Direitos do Homem

IAS - Indexante dos Apoios Sociais

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimentos Social de Inserção

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UAVC – Unidades de Acidente Vascular Cerebral

UC - Unidade Convalescença

UCCC-RP - Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença – Rovisco Pais

ÍNDICE

Introdução	1
1. Transformações do Estado e erosão dos direitos sociais em tempos de crise e austeridade em Portugal	4
1.1 Estado Social em Portugal	4
1.2. Orientações neoliberais, políticas de austeridade e erosão dos direitos sociais	6
2. Direitos sociais e os doentes com AVC	10
2.1. Alterações motoras, sensoriais, cognitivas e repercussões de natureza, económica, social e laboral nos doentes	11
2.2. Acesso aos direitos sociais em tempos de austeridade	14
3. Política de saúde, orientações neoliberais e reabilitação nas doenças cerebrovasculares em Portugal	17
3.1. Orientações (inter) nacionais para as doenças cerebrovasculares	17
3.2. Criação de Unidades de AVC em hospitais e a Via Verde AVC	19
3.3. Centro de Reabilitação e Unidade de Cuidados Continuados do Centro de Medicina e Reabilitação do Rovisco Pais	20
4. Impacto nas condições de vida dos doentes com AVC, em idade ativa após reabilitação	23
4.1. Caracterização sociodemográfica dos doentes à entrada na Unidade de Cuidados Continuados Convalescença do Rovisco Pais	23
4.2. Acesso aos direitos do trabalho, da Segurança Social, da saúde e reabilitação	25
4.3. Repercussões do AVC e a erosão dos direitos sociais nas condições de vida dos doentes	26
Conclusão	29
Bibliografia	33
Anexos	40

INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação integra-se no âmbito da 13^a edição do Curso de mestrado em Serviço Social, da Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.

A investigação incidiu sobre a condição social de pessoas em idade ativa, dos 29 aos 64 anos, que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC), após programa de reabilitação em Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença – Rovisco Pais (UCCC-RP), no período compreendido entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2015.

O interesse pela escolha desta investigação prendeu-se com o facto de o AVC ser uma das principais causas de morte em Portugal, de morbilidade e de potenciais anos de vida perdidos, no conjunto das doenças cerebrovasculares (SNS, 2016).

Como assistente social na UCCC-RP, a contactar diariamente com estes doentes e com as dificuldades sentidas durante e após o processo de reabilitação, tornou-se pertinente investigar de que forma o acesso aos direitos à saúde, à Segurança Social e ao trabalho, lhes são agora garantidos, numa sociedade em austeridade e em que se assiste à erosão dos seus direitos sociais.

A morbilidade e mortalidade causadas pelo AVC na população ativa provocam um forte impacto social e económico, razões subjacentes à realização desta investigação (Gomes, A. et. 2008).

Estudos sobre AVC nesta faixa etária são escassos e a investigação em serviço social é quase exígua, vejam-se os dois consultados, Vicente, A. (2008) e Pimenta, M. (1998). As alterações que esta doença acarreta aos doentes e suas famílias tem sido alvo do interesse de instituições de relevo como é o caso do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. São também muitos os trabalhos de dissertação de mestrado ligados à área de enfermagem e medicina.

Surgiu, assim, a preocupação de analisar as repercussões ao nível físico, económico, profissional e social dos doentes em idade ativa, que ficaram com sequelas provocadas por esta doença.

A investigação incidiu em 53 doentes dentro do grupo etário referido, que beneficiaram de internamento na UCCC-RP no ano 2015, com diagnóstico de AVC. Posteriormente, em 2017, foram contactados os que, à data de entrada na UC (Unidade

Convalescença), detinham vínculo laboral, num total de 41. Será objeto deste trabalho analisar o acesso e os direitos sociais destes doentes num contexto de austeridade, numa conjuntura de desmontagem do Estado Social.

Sabemos que o processo de recuperação, normalmente, é longo e os graus de incapacidade provocados pelas lesões constituem alterações do quotidiano dos doentes e suas famílias (Pimenta, M. 2008).

A tabela nacional de funcionalidade surgiu em agosto de 2015 com o objetivo de medir os ganhos de funcionalidade obtidos após intervenção terapêutica, de reabilitação ou social (Despacho n.º 10218/2014). A sua implementação foi gradual e só em janeiro de 2016 os profissionais da UC começaram a fazer estes registos, motivo pelo qual no período a que se reporta a presente investigação não foi possível analisar este indicador e apresentar o grau de dependência dos doentes após alta da UC.

São objetivos desta investigação:

- Analisar os impactos ocorridos na condição de vida dos doentes que sofreram AVC e que se encontravam em idade ativa à entrada na UCCC-RP;
- Identificar o acesso aos direitos sociais nomeadamente no trabalho na Segurança Social, na saúde dos doentes antes do AVC e após reabilitação;
- Reconhecer os impactos dos direitos sociais em tempos de austeridade na população em análise.

Do ponto de vista metodológico e ético, a investigação foi submetida à apreciação do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CMRRC-RP (Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro), que outorgou parecer favorável ao acesso dos processos sociais e listagem dos doentes internados. (Anexo I)

Esta investigação baseia-se em análise de fontes bibliográficas sobre políticas sociais [(Behring, 2009), (Varela, R. 2012)] políticas de saúde [(Rosa, E. (2012), Mozzicafredo (2000)] e direitos humanos [(Trindade, 2013), (Varela, R. 2012,2013)]. Foram ainda analisadas outras obras sobre a doença, recomendações e estratégias no tratamento do AVC, (Sá, M. 2009), estratégias europeias de AVC, (Helsingborg Declaration, 2006).

Nesta investigação, recorreu-se também a recolha de documentos como a listagem dos doentes internados e o processo social que serviu para caraterizar sócio

demograficamente os doentes que sofreram AVC em idade ativa, conhecer a sua condição social e o acesso aos seus direitos. Um ano após a alta da UC, foram contactados telefonicamente aqueles que à data de entrada tinham vínculo laboral, com o fim de identificar qual o acesso obtido nos direitos sociais e impactos de austeridade nas suas condições de vida.

A investigação tem caráter exploratório e natureza qualitativa no estudo efetuado tanto à bibliografia como à análise documental.

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro pontos: no primeiro são abordadas as transformações do Estado sob as orientações neoliberais e as políticas de austeridade e seus impactos nos direitos sociais. De seguida, procura-se identificar o acesso aos direitos sociais em doentes que sofreram um AVC. No terceiro ponto, contempla-se a política de saúde em Portugal, a partir da entrada da Troika, e abordam-se as orientações (inter) nacionais para os doentes com AVC e os internamentos vocacionados para a reabilitação, como é o caso do CMRRC-RP e a UCCC-RP. É feita a análise do impacto do AVC e o acesso dos direitos sociais nas condições de vida destes doentes constituindo a dimensão empírica desta investigação.

1. Transformações do Estado e erosão dos direitos sociais em tempos de crise e austeridade em Portugal

A crise económico-financeira mundial tem influenciado a desmontagem do Estado Social e com ele a política social, nomeadamente, no campo da saúde. Nos Países Europeus, em especial os do Sul da Europa, verificaram-se mudanças nos sistemas de saúde, com os cortes no seu financiamento e a perda de direitos sociais

O modelo de Estado Social foi consolidado em Portugal de forma diferente da maioria dos países europeus. Tratou-se de uma consolidação recente, tendo em conta a legalidade democrática do Estado de direito e a institucionalização dos direitos constitucionais que surgiram com a rutura político social, resultante da queda da ditadura do Estado Novo em 1974. A crise económica e a crise política em 1974/1975 permitiram a consagração do Estado Social (Varela, R. 2012).

Verificamos, no entanto, que os direitos adquiridos com o Estado Democrático não são universais e nas últimas décadas do século instaurou-se uma estagnação / retrocesso desses direitos com graves violações às garantias individuais promovidas pelo capitalismo (Trindade, J. 2013).

1.1. Estado Social em Portugal

Em Portugal, na ditadura, existia um conjunto avulso de mecanismos de proteção social, considerados insuficientes, pautados por sistemas de previdência e assistência. Não existia um sistema, nem garantias de acesso universal da população à Segurança Social (Varela, R. 2012).

Na sequência da Revolução de 25 de abril de 1974, o Governo Provisório estabeleceu as grandes linhas de orientação, uma delas foi a substituição dos sistemas de previdência e assistência por um sistema integrado de Segurança Social, definido no Dec. Lei nº203/74, de 15 de Maio. Na Constituição da República Portuguesa (CRP), o direito de todos os cidadãos à Segurança Social em 1976 e só em 1984 foi criada a primeira Lei de Bases da Segurança Social. (Dec. Lei nº28 de 14 agosto de 1984).

O Estado ficou incumbido de organizar, coordenar e apoiar financeiramente um sistema de Segurança Social unificado e descentralizado, cujos objetivos eram de proteção à doença, ao desemprego, à velhice, à invalidez, à viuvez e orfandade e todas

as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

Foram criadas pensões sociais abrangendo tanto pessoas com 65 anos ou mais em situação de carência como pessoas em situação de invalidez com mais de 14 anos e sem direito a qualquer outro subsídio. Foi também implementado, pela primeira vez, um subsídio de desemprego com carácter experimental. Ao nível de pensões de velhice, invalidez e sobrevivência verificou-se a inclusão do 13º mês bem como a definição de condições mais favoráveis para pensões de trabalhadores provenientes de sector primário. Por fim, os trabalhadores independentes passaram a estar associados a um regime transitório, enquanto os trabalhadores de serviço doméstico passaram a estar abrangidos pelo regime geral de Segurança Social.

Em Portugal, as políticas neoliberais desenvolveram-se a partir de meados dos anos 80, início de 90 do séc. XX, concretizaram-se através da desregulamentação do mercado de trabalho, privatização de serviços e bens públicos e transferência de recursos públicos para o setor privado (Varela, R. 2013). Ao Estado ficaram atribuídas responsabilidades de promoção do aumento do bem-estar social e económico do povo, em especial das classes mais desfavorecidas, através de intervenções que visassem a correção das desigualdades.

Foi marco importante na viragem da história da saúde em Portugal a consagração do Direito à Saúde na CRP (1976) e a criação do SNS em 1979 (Serviço Nacional de Saúde).

Com a criação SNS, o acesso aos cuidados de saúde passaram a ser garantidos a todos os cidadãos (portugueses ou estrangeiros), independentemente da sua condição económica e social. O SNS ficou a dispor de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas), transferindo-se os hospitais das Misericórdias para o Estado.

O sistema de saúde tornou-se mais eficaz, o Estado passou a ter uma maior intervenção nas políticas de saúde, na promoção da saúde e na prevenção da doença e o acesso aos cuidados de saúde passou a ser universal e gratuito (Art.º 64 da CRP de 1976).

Nos anos 80 registaram-se alterações nas relações entre o Estado e o setor privado, bem como a regulamentação das condições de exercício do direito de acesso ao SNS. As transformações nas políticas de saúde, segundo Silva, M. (2012:121/128), “aceleram a partir da década de 1980 em toda a Europa, tendo como objetivo o corte no crescimento da despesa de forma a garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde”, a revisão da CRP de 1989 a considerar o direito à saúde tendencialmente gratuito (CRP de 1989).

Nos anos 90, a aprovação da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº48/90, de 24 de agosto) passou a prever a possibilidade de serem cobradas taxas moderadoras. É publicado o novo estatuto do SNS (Decreto-Lei nº 11/93) e o Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de abril estabelece o regime de acesso a alguns serviços, como o serviço de urgência, consultas entre outros. Quanto ao financiamento do SNS, este deixou de ser apenas da responsabilidade do Estado, mas também dos beneficiários, mediante as suas condições económicas e sociais.

1.2. Orientações neoliberais, políticas de austeridade e erosão dos direitos sociais

Segundo Mozzicafredo (2000), o processo de estruturação do Estado Social em Portugal desenvolveu-se em torno do modelo universalista, decorrendo tanto da consequência da mobilização política e social, como da resposta do sistema político às necessidades de gestão do desenvolvimento económico e social.

Com a entrada de Portugal na CEE (1986), houve um período de expansão capitalista, com melhoria das condições económicas para grande parte da população portuguesa (Varela, R. 2012). Este afirmar da estabilidade e bem-estar é conseguido pela obtenção de direitos sociais. Assim, o direito social diz respeito “à proteção dos indivíduos atingidos por ocorrência que provocam a redução ou a perda dos meios subsistência gerada por uma atividade profissional ou um acréscimo anormal dos seus encargos, ocasionando uma redução do seu nível de vida” (Carreira, H. M. 1996,p.37).

A crise económica e financeira mundial tem influenciado a desmontagem do Estado Social e com ele a política social, nomeadamente a política de saúde.

Com a instalação da crise a partir de 2008 e a atuação da Troika, a situação económica e social do nosso país alterou-se, as desigualdades foram crescendo e a austeridade das políticas implementadas tiveram efeitos nas condições de vida das famílias portuguesas. A crise da dívida pública originou três programas de austeridade, com os cortes no sector social, que o Governo responsabilizou pelos gastos na dívida pública (Varela, R. 2012). Seguiu-se um pedido de ajuda externa que resultou num protocolo de entendimento com a Comunidade Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional (Varela, R. 2012), em 2011 e, desde então, têm sido implementadas reformas na área da Educação, Segurança Social e Saúde, com a privatização de serviços e perda de direitos sociais por parte da população.

As consequências sociais do programa de ajustamento levaram ao aumento do desemprego, a um corte nos rendimentos, nas pensões sociais e no acesso à saúde que, simultaneamente, se refletiu no agravamento das condições de vida das famílias mais pobres.

No contexto económico-financeiro mundial, a responsabilidade dos Estados é cada vez menor na definição de políticas de saúde que visem a universalidade e equidade na área dos direitos sociais, pese embora o fato de existirem direitos consagrados constitucionalmente, como refere Vasconcelos, A. (1997:134).

Os doentes deparam-se com a demora para conseguir acompanhamento médico ao nível de consultas de seguimento, de exames, de fisioterapia, de transporte adequado às limitações do doente, pelo que se estabelece um ciclo vicioso: falta de tratamento, agravamento da doença e, como consequência, aumento de gastos, através de internamento sucessivos (Vicente, A. 2008).

Segundo o 1º Relatório do Observatório sobre Crise e Alternativas (2013,p.168), no período entre 2009 e 2012 “Portugal é o único país com uma distribuição claramente regressiva”, ou seja, onde os pobres pagaram proporcionalmente mais do que os ricos para o esforço de consolidação. Isso num país que já é o mais desigual da União Europeia.

Entre 2000 a 2012 existiu uma diminuição da despesa do Estado na área da saúde e por isso a população teve que suportar cada vez mais os seus custos. (Rosa, E.

2012). Comparativamente aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2012 Portugal apresentava uma despesa pública na saúde inferior à média desses países. A Troika exigiu cortes de 670 milhões de euros neste setor (Henning, D. 2013).

Assiste-se ao fecho de hospitais e à passagem dos cuidados de saúde para o sector privado, como é demonstrado pelos contratos que têm vindo a ser estabelecidos com algumas entidades privadas e pela previsão de devolução de alguns hospitais às Misericórdias em 2015 (Diário da República, 1ª série – nº195 – 9 de outubro de 2013). A OCDE (2013) revela que o sector privado em Portugal tem ganho importância, nomeadamente com o crescimento da cobertura da população por seguros de saúde privados, só acessíveis a algumas classes sociais com maiores rendimentos.

Desta forma, em 2015, os meios de comunicação social relataram a morte de doentes nos corredores de hospitais públicos por sobrelotação do espaço, onde aguardavam observação médica no serviço de urgência, sujeitos a longas horas de espera. Estas notícias refletem as consequências das reformas implementadas como o encerramento de alguns serviços de urgências e diminuição do número de camas de hospital (Lusa, 2014).

Foram ainda introduzidas novas regulamentações no acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, através do Decreto-Lei nº 113 de 29 de novembro de 2011. Esta legislação é revista através do novo Decreto-Lei nº 128/2012, de 21 de junho, que regula novamente o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de transportes de doentes não urgentes. Este acesso passou a ser subordinado a critérios, de entre os quais a insuficiência económica. Ficam isentos: os agregados com rendimento médio mensal inferior a 628,83€, o equivalente a 1,5 vezes o indexante dos apoios sociais (IAS); os desempregados; os detentores um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, comprovada por atestado médico de incapacidade multiuso, entre outros.

Santos, B.S. (1990) refere que estas alterações vêm numa “lógica de subversão da filosofia de base do SNS e da sua substituição por um modelo de vocação privatizante.”

Com estas medidas instituídas, em 2011 houve um aumento significativo das taxas moderadoras, atingindo-se em média 72% em algumas situações (ERS, 2013). De 2011 a 2013, uma consulta de medicina geral passou de gratuita a 5€, uma ida a urgência passou de 9,60€ para 20,60€.

O Programa do atual XXI Governo Constitucional pretende reduzir as desigualdades entre os cidadãos no acesso à saúde e o atendimento no SNS, entre outros, através da redução global do valor das taxas moderadoras. Durante o ano de 2016, o Governo promoveu a redução do valor das taxas moderadoras até ao limite de 25 % do seu valor total (Lei n.º 7-A/2016 de 30 de março). Uma consulta de medicina geral que até 31 de março de 2016 era cobrada a 5€ passa a 4,5€ a partir de 1 de abril de 2016. As consultas de urgência de 20,60€ passaram para 18€.

Quanto aos transportes não urgentes, fundamentais para deslocar doentes a consultas ou tratamentos, a Portaria nº 83/2016 vem definir as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes. É eliminado o pagamento a cargo do doente, para os casos em que a prestação de cuidados de saúde ocorra de forma prolongada e continuada, aumentando o universo dos doentes que podem ficar isentos dos encargos, independentemente da sua condição económica. O diploma prevê a eliminação do pagamento para os doentes com incapacidade igual ou superior a 60% e com insuficiência económica, independentemente do transporte se destinar à realização de cuidados originados por essa incapacidade.

Os doentes que necessitem de realizar tratamentos de fisioterapia de forma continuada têm direito a transporte durante um período máximo de 120 dias. O médico de família deve prescrever os tratamentos ou encaminhar para um fisiatra. Por norma, são prescritos entre 15 a 20 sessões de fisioterapia. No caso de o doente pagar taxa moderadora, cada sessão pode custar entre 0,35€ e 25€ dependendo dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A consulta de especialidade em custará 7€ (Portaria nº64-C/2016).

2. Direitos sociais e os doentes com AVC

Segundo o ponto 1 do Artº 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH,1948) "Toda a pessoa tem o direito a um nível de vida suficiente para assegurar à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito a segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade".

A DUDH foi, desde o início, mais do que um documento jurídico, sobretudo, um ideal a atingir, uma utopia humanista, uma ética para todos os seres humanos, por iguais merecedores de um tratamento em que é a dignidade humana que fundamenta os direitos. No entanto, estes direitos não se efetivaram, apesar de serem concebidos como universais. A regulamentação em países que os subscreveram não se traduziu em legislação que os tornassem obrigatórios.

Os direitos humanos, após um longo processo de desenvolvimento, no século XX, sofreram numa crise/desconstrução. O modo de produção capitalista tornou-se a causa operativa desse processo regressivo. (Trindade, J. 2013). Segundo o autor, os direitos humanos, ao longo do tempo, têm demonstrado que não são universais. A partir da década de 1980, assiste-se a estagnação dos direitos económicos, sociais e culturais dos trabalhadores e no início do século XXI a graves violações e garantias individuais.

O direito à saúde é um direito social, humano e universal, que tem por finalidade permitir que os cidadãos disponham de serviços que garantam a qualidade de vida. Enquanto direito social, é um direito positivo dos cidadãos cuja concretização exige uma prestação do Estado, direta ou indiretamente.

Em Portugal o acesso à saúde tem em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos. É uma das prioridades do Estado garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

Também alguns doentes com doenças crónicas viram os seus direitos regredirem, exemplo disso são os diabéticos que detinham isenção das taxas

moderadoras enquanto doentes e utentes do SNS. Atualmente verifica-se apenas a comparticipação especial nos medicamentos.

Um doente com AVC, com necessidade de acompanhamento médico, diversas consultas subsequentes, exames, medicação específica e indispensável não deveria ter direitos específicos à sua doença?

Segundo Luengo-Fernandez, Gray e Rothwell (2009; 2006), os doentes com AVC sofrem um impacto negativo considerável na sua saúde, devido ao aumento de incapacidade e perda de qualidade de vida. Por outro lado, ainda segundo os autores, os custos associados à doença representam um peso significativo no sistema de saúde, devido a um maior número de admissões e de tempo de internamento, ao uso dos serviços de urgência e a consultas de ambulatório.

Em Portugal existe uma única associação no país para apoiar esta população. A Associação AVC, sediada em Barcelos, foi criada em 1993, constituída e dirigida pelos próprios doentes e seus familiares, com o apoio de técnicos de saúde, em regime de voluntariado. Promove a solidariedade no apoio a doentes com AVC, a participação em ações de prevenção do AVC e a defesa dos legítimos interesses e direitos destes cidadãos a um serviço de saúde com qualidade.

2.1. Alterações motoras, sensoriais, cognitivas e repercussões de natureza, económica, social e laboral nos doentes

O AVC, ou derrame cerebral, acontece quando ocorre uma interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, ou seja, quando um vaso sanguíneo rebenta ou é bloqueado por um coágulo, o que impede o fornecimento de oxigénio e nutrientes, causando danos no tecido cerebral (WHO, 2006). Este pode ser dividido em dois tipos: AVC Isquémico quando existe uma obstrução num vaso sanguíneo que fornece sangue ao cérebro; AVC Hemorrágico quando existe rutura dos vasos, causando um derrame de sangue (WSC, 2014-2016).

A instalação de um quadro de AVC é inesperada e não permite uma preparação psicológica nem para o doente nem para a família. É uma doença de início súbito, na qual o doente pode apresentar paralisação ou dificuldade de movimentação dos

membros superiores e/ou inferiores de um mesmo lado do corpo, dificuldade na fala ou articulação das palavras e défice visual de uma parte do campo visual.

Por incapacidade entende-se, segundo a classificação internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), “qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade, dentro dos moldes e limites considerados normais para o ser humano e que resulta da existência de uma deficiência”. Estas incapacidades podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis, progressivas ou regressivas e são sempre resultado de uma deficiência.

A dependência após AVC refere-se “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”. (Decreto –Lei 101/2006, Artº3, alínea h).

Pimenta, M. (1997) refere que o AVC é um fator perturbador do quotidiano do indivíduo e da sua família. A doença conduz a perdas de trabalho e consequentemente a diminuição de rendimentos. Muitas deixam de poder locomover-se, com repercussões de vária natureza e recurso a ajuda de terceira pessoa para apoio nas atividades de vida diária.

As sequelas do AVC são, para todos os efeitos, a manifestação de uma doença vascular cerebral, cujas consequências são variadas e dependem da extensão e localização da lesão do tecido nervoso (CAMBIER, J. et al, 2005).

O doente vê-se confrontado com diversas alterações motoras, sensoriais e cognitivas, com necessidade de usufruir de um programa de reabilitação o mais precoce possível para que as lesões sejam minimizadas, o doente recupere o máximo e se torne o mais autónomo possível. Urge a necessidade de intervenção de uma equipa interdisciplinar e interativa de profissionais especializados em diferentes áreas (médicos, enfermeiros, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais) de forma a maximizar a recuperação e facilitar a reintegração no ambiente familiar, social e laboral.

As alterações motoras têm um forte impacto na funcionalidade, independência e qualidade de vida destas pessoas. Estas manifestam-se no corpo, através de fraqueza muscular ou mesmo ausência de força, provocando dificuldade na mobilidade. A alteração das sensações acontece quando os doentes ficam com a sensibilidade alterada, podendo suceder perda de visão, dor, falhas na degustação, tato e sensibilidade, olfato, visão e audição, falhas na memória e raciocínio. As alterações cognitivas comprometem o plano afetivo e social dos doentes que sofrem desta patologia. (Carr & Shepherd, 2008)

Como verificámos anteriormente os AVC's causam sequelas, na maioria das situações, deixando os doentes com algum grau de dependência, afastando a pessoa de alguns papéis relevantes para si, modificando as suas rotinas e a vida da sua família, o que acarreta alterações do seu papel no núcleo familiar, na sociedade e no trabalho.

Os impactos motores condicionam a vida do doente, com repercussões ao nível da participação nas várias esferas de vida e nas diferentes atividades e situações.

Ao nível económico verifica-se a perda ou diminuição dos rendimentos. Os montantes auferidos pelo subsídio de doença ficam aquém do valor do salário, assim como, as restantes prestações sociais, como é o caso da pensão de invalidez.

Com a crise de 2008, a entrada da Troika e as políticas de austeridade instauradas, assistiu-se ao acréscimo do desemprego, ao aumento dos desempregados de longa duração e trabalho precário. Neste cenário, acrescido uma doença incapacitante, competiria ao Estado apoiar de forma muito mais significativa os doentes e famílias vítimas desta situação.

Ao nível social e familiar as repercussões podem ter enfoque na forma como o doente se relaciona com os amigos, a família, integração na comunidade. A sua condição física pode influenciar o comportamento do indivíduo afastando-o de convívio com a família e amigos. Surge ainda a necessidade de adaptação do domicílio ou mudança de residência.

Ao nível profissional verificam-se quando os doentes perdem ou conseguem uma readaptação do posto de trabalho nas empresas em que se encontravam inseridos.

Assim, pode-se dizer que dependência após AVC representa para a pessoa uma rutura com as condições de vida anteriores, originando uma mudança inesperada, não planeada, com a qual tem de lidar e se adaptar. A importância da transição reside não apenas na aprendizagem que daí advém, mas particularmente na aceitação de novos papéis.

Segundo o estudo de Vicente, A. (2008), as famílias apresentam necessidades que vão desde os aspetos materiais até aos emocionais, passando pela necessidade de informações. Mas o que se verifica na prática é cada vez mais a escassez de cuidadores familiares, a existência de fracos rendimentos e um acesso deficitário à informação associados a níveis de participação social escassos.

2.2. Acesso aos direitos sociais em tempos de austeridade

Com a crise económica e subsequente agravamento do desemprego, o acesso ao subsídio de desemprego sofreu algumas alterações, como é o caso da redução do prazo que estava anteriormente fixado. Assim, a falta de proteção abrange sobretudo “os jovens em início de carreira, que não cumprem o prazo de garantia; trabalhadores com vínculos precários e elevada rotatividade (muitos deles jovens); e desempregados de longa duração, que esgotaram o direito ao subsídio” (Silva & Pereira, 2012, p. 137).

Do ponto de vista de Silva & Pereira (2012), o trabalho precário sem relações de trabalho permanentes, gera uma impossibilidade dos trabalhadores conseguirem reunir as condições necessárias para obter o subsídio de desemprego.

O subsídio de desemprego é um valor em dinheiro que é pago em cada mês a quem perdeu o emprego de forma involuntária, e que se encontre inscrito no Instituto Emprego e Formação Profissional. Destina-se a compensar a perda das remunerações de trabalho. Para ter direito ao subsídio de desemprego tem de ter trabalhado como contratado e descontado, nesta qualidade, para a Segurança Social durante pelo menos 360 dias, nos 24 meses imediatamente anteriores à data em que ficou desempregado. Cada desempregado não pode receber mais de 900 dias.

O IAS, que serve de referência a vários apoios sociais, esteve congelado desde 2011. Em 2017 aumentou 0,5% e o valor passa para 421,32 €.

A taxa de desemprego em Setembro do corrente ano encontrava-se nos 10,9% da população ativa (INE,2016).

Nas situações de grave carência sócio económica desde que seja comprovada, os doentes que não possuam prazo de garantia para acesso às prestações sociais anteriormente referidas podem beneficiar de rendimento social de inserção (RSI). O seu acesso é possível através da reunião de um conjunto de condições, sendo necessário a execução de um contrato (Silva & Pereira, 2012). O valor do RSI (Decreto – Lei nº 1/2016), era de 180,99€ (ISS,2015) sendo diminuída a escala de ponderação atribuída a cada elemento do agregado familiar. O montante recebido por agregado passou a ser menor e com limite definido, limitado ao valor do património mobiliário e no valor dos bens moveis até 60 vezes o valor do IAS (25.153,20€) cada.

O atestado multiuso é um direito que os doentes podem requerer quando apresentem um grau de incapacidade permanente, igual ou superior a 60%, usufruem de alguns direitos previstas no Código de IRS, imposto sobre aquisição de automóvel e imposto único de circulação com o objetivo de minorar o excesso de despesas que essas pessoas têm, em resultado da sua deficiência. (INR, Fiscalidade) A avaliação da incapacidade é calculada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

A Segurança Social diz respeito a todas as pessoas, sejam economicamente ativas ou não. É através da mesma que os trabalhadores acedem a prestações substitutivas do seu rendimento de trabalho.

Pode-se verificar que as pensões e as reformas sofreram alterações que dificultam o acesso e diminuíram o valor das prestações mensais. O artigo 1º da Portaria 378-G/2013, de 31 de dezembro, estabelece a idade normal de acesso à pensão de velhice passe a 66 anos, sendo alterada a fórmula de cálculo do fator de sustentabilidade (Decreto – Lei 187-E/2013), resultam no aumento do corte no valor dessas prestações (Rosa, E.2014), principal fonte de rendimento dos seus beneficiários. A Portaria nº 65/2016 define a atualização anual das pensões e de outras prestações sociais atribuídas pelo sistema de Segurança Social, do regime de proteção social convergente atribuídas pela Caixa Geral de Aposentações e por incapacidade permanente para o trabalho e por morte decorrentes de doença profissional. Para o

ano de 2016, no regime não contributivo (pensão social - velhice e invalidez) passa a ser de 202,34 €. O regime especial das atividades agrícolas (pensões de invalidez e velhice) - 242,79 €. No entanto, estes valores mantêm-se abaixo do valor do limiar de risco de pobreza que se reporta a 421,75/mês€ em 2014, segundo o Observatório das Desigualdades. A pensão de invalidez, no regime geral, é garantida: os valores mínimos, de acordo com a carreira contributiva do pensionista, podem ir de 261,95 a 382,46, quando existem mais de 31 anos descontos (ISS,2017).

O complemento por dependência é uma prestação em dinheiro atribuída aos cidadãos que se encontrem em situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana. O quantitativo mensal do complemento por dependência dos pensionistas de invalidez, de velhice e de sobrevivência do regime geral de Segurança Social está fixado em 101,17€ nas situações de 1.º grau, sendo apenas possível de atribuição a pensionistas com rendimentos mensais inferiores a 600€ (ISS,2015). O complemento por dependência em situações de 2º grau está fixado nos 182,11€.

O subsídio de doença é uma prestação em dinheiro, atribuída ao beneficiário para compensar a perda de remuneração resultante do impedimento temporário para o trabalho, por motivo de doença. Para ter direito a esta prestação o doente terá de ter 6 meses, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações, à data do início da doença. O período de concessão do subsídio depende da duração da doença e está sujeito a períodos máximos de 1095 dias (ISS,2016). O montante diário do subsídio é calculado pela aplicação de uma percentagem à remuneração de referência do beneficiário. Esta percentagem varia em função da duração e da natureza da doença.

Perante todas estas e outras alterações mencionadas, relativamente aos benefícios sociais, verificamos que tendem a baixar os valores, já de si reduzidos, das prestações recebidas pelos beneficiários, contribuindo assim para a precaridade das suas condições de vida, e essenciais em contexto de doença.

3. Política de saúde, orientações neoliberais e reabilitação nas doenças cerebrovasculares em Portugal

Atualmente, em Portugal, a saúde é um direito e um dever, mas nem sempre o foi. A CRP (1976) consagra no Art.º 64 a proteção da saúde que assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. As transformações nas políticas de saúde são indissociáveis dos direitos dos cidadãos.

O direito à proteção da saúde é realizado, através de um SNS universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos. Desde a revisão da CRP (1989) passa a geral e tendencialmente gratuito. O SNS é o principal pilar do sistema de saúde, concretizando uma política de saúde centrada no cidadão e orientada para mais e melhor saúde.

Com a crise económica e financeira a partir de 2008 sucederam-se, como já apresentámos, novas e profundas alterações que marcaram a política de saúde, de forma negativa os cidadãos com doenças cerebrovasculares.

3.1. Orientações (inter) nacionais para as doenças cerebrovasculares

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), 15 milhões de pessoas sofrem AVC em todo o mundo a cada ano. Destes, 5 milhões morrem e outros tantos ficam permanentemente incapacitados, causando graves alterações ao nível pessoal, familiar, trabalho e no impacto societário. Em 2014, de acordo com Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), o número de óbitos devido a doenças cerebrovasculares representou 11,2% da mortalidade no país (11 808 óbitos), sendo 807 de pessoas com menos de 65 anos, dos quais 520 homens e 287 mulheres (INE, 2014).

A Organização Mundial de AVC (WSO, 2014-2016) refere que, embora o AVC possa ocorrer em qualquer idade ou sexo, são as mulheres que apresentam uma taxa de mortalidade mais elevada, com idade inferior a 65 anos. Contudo, a incidência de AVC é maior no sexo masculino (Dias; C.M; Sousa-Uva, 2014). Esta doença é a principal causa de morte em pessoas acima dos 60 anos e a quinta causa em pessoas

com idades entre os 15-59 anos. A mesma fonte refere que a incidência de AVC é maior nos países em desenvolvimento.

Na Europa, foi elaborado um plano para travar esta doença, que representa a 3^o causa de morte. Para concretizar esse objetivo, um grupo de peritos com o patrocínio da OMS, que incluía médicos de Medicina Interna, Neurologistas, Epidemiologistas, Fisiatras, Médicos de Saúde Pública e Terapeutas prepararam e divulgaram a Declaração de Helsingborg (1995). Esta veio a estabelecer um conjunto de metas, para serem atingidas até ao ano 2005, sobre as estratégias europeias para o AVC, tendo como objetivo principal assegurar que todos os cidadãos europeus vítimas de AVC tenham acesso a cuidados permanentes por parte de Unidades especializadas. Esta Declaração foi atualizada em 2006 propondo metas até 2015: todos os doentes com AVC deverão ter acesso à continuidade de cuidados, desde as Unidades de AVC (UAVC) organizadas para a fase aguda até à reabilitação apropriada e a prevenção secundária, de forma que, mais de 85% dos doentes sobrevivam no 1^o mês após o AVC. (OMS, 2006).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, aprovado em Portugal (2003), propõe a prevenção e redução das incapacidades causadas pela doença. Aposta na prevenção primária e secundária e pretende melhorar o controlo dos fatores de risco, como a hipertensão arterial, a diabetes, dislipidémia, o abuso de álcool, a obesidade ou o stress excessivo através de campanhas de informação, sensibilização, normas, programas e diagnóstico criadas e publicadas pela Direção Mundial de Saúde (DGS). Algumas medidas implementadas foram a prevenção e controlo do tabaco, proibindo o tabagismo em locais públicos, a redução do teor de sal no pão (DGS, 2013, 2014) e, por último, em janeiro de 2016 a DGS entregou ao Ministério da Saúde a proposta para reduzir para metade ou menos de metade (dos atuais oito gramas para apenas quatro ou três gramas) a quantidade de açúcar das embalagens individuais servidas na restauração.

3.2. Criação de Unidades de AVC em hospitais e a Via Verde AVC

Em 2001, a DGS definiu as especificidades das UAVC através do documento “Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação”, de modo a facilitar o retorno de um número elevado de doentes ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, à sua vida profissional. A criação destas unidades tem por objetivo reduzir o internamento em hospitais de agudos, a incapacidade funcional e as complicações pós AVC, bem como o número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas unidades de doentes crónicos. O número atual de UAVC é de trinta, distribuídas pelo país. Na região Norte encontram-se 10, no Centro 7 e 13 na região Sul. (SPAVC,2017)

A implementação da Via Verde do AVC (2001) assentou no pressuposto que as medidas preconizadas para a sua total concretização seriam adotadas de uma forma faseada, particularmente no que se refere aos hospitais e à abertura das respetivas Unidades. É uma estratégia organizada que visa a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda da doença, aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento, dentro da janela terapêutica confirmadamente mais eficaz, com o objetivo de reduzir morbilidade e mortalidade. Para agilizar os procedimentos do transporte do doente do local onde se iniciam os sintomas até ao hospital e deste até à administração da terapêutica, criou-se o conceito de Via Verde nas suas componentes extra e intra-hospitalar.

O Ministério da Saúde, em articulação com o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) e alguns hospitais da rede do SNS, dinamizou a metodologia de Via Verde do AVC que visa, fundamentalmente, melhorar a assistência pré - hospitalar na fase aguda e otimizar o acesso destes doentes às unidades de saúde adequadas, onde lhes possa ser instituído o tratamento definitivo. Pretende-se que os doentes identificados pelos profissionais de saúde como podendo estar numa fase aguda do AVC, sejam encaminhados via INEM, para as estruturas hospitalares que estejam em condições de melhor responder à sua situação. A redução do tempo de demora, entre o início dos sintomas e o início do tratamento, constitui um objetivo prioritário em todos os programas de AVC, sobretudo do AVC Isquémico, onde a

janela terapêutica para a trombólise situa-se atualmente nas primeiras 3 horas após início dos sintomas, segundo o Alto Comissariado para a Saúde (2007).

De acordo com a DGS, vários estudos têm demonstrado que estas novas formas organizativas dos serviços contribuem para mais ganhos de saúde, tais como menor mortalidade e incapacidade dos doentes com AVC.

Em 2012, 50% dos doentes internados por AVC tiveram acesso a UAVC. A percentagem de admissões pela Via Verde também tem vindo a aumentar progressivamente, de 10%, em 2006, para 40%, em 2012 (DGS, 2013).

3.3. Centro de Reabilitação e Unidade de Cuidados Continuados do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro do Rovisco Pais

Vimos que o processo de recuperação após um AVC é um processo longo que afeta todos os intervenientes (não só o doente como a sua família, amigos, instituições públicas e privadas com as quais o doente possui uma relação ou vínculo). A recuperação pode ser total ou, em alguns casos, os doentes podem ver-se constrangidos a enfrentar novos e difíceis desafios diários ao longo da sua vida (World Health Organization [WHO], 1997).

A reabilitação após AVC pretende habilitar os indivíduos com défice para melhorarem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Compreende todo um programa durante o qual o doente progride para o máximo grau de independência que é capaz (ESO,2008). Esta torna-se necessária para minimizar as sequelas, maximizar a qualidade de vida e promover a integração na sociedade. Assim, a reabilitação é imprescindível para a diminuição dos défices e aumento da funcionalidade dos doentes acometidos por AVC. Surge como um processo global e contínuo, destinado a corrigir a deficiência e a conservar, a desenvolver ou a restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma atividade considerada normal. Envolve o aconselhamento e a orientação individual e familiar, pressupondo a cooperação de uma vasta equipa de profissionais (multidisciplinaridade), nomeadamente fomentando o empenhamento da comunidade (Louro, C. 2001).

Os doentes, que necessitam de continuar a fazer reabilitação após deixarem o hospital de agudos, podem fazê-lo em regime de ambulatório ou de internamento, sendo a equipa de gestão de altas do hospital a referenciar. A reabilitação é um processo que continua em casa, na RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) ou em Centros de Reabilitação. A prioridade é que o doente inicie a reabilitação o quanto antes.

Em regime ambulatório, o doente deverá articular com o centro de saúde e solicitar ao seu médico de família a prescrição do tratamento a ser efetuado. Após obtenção da respetiva credencial, deverá dirigir-se a clínicas de fisioterapia com acordos celebrados com os vários sub-sistemas.

Quando existe a necessidade de uma intervenção mais prolongada, pela complexidade da situação, obrigando à intervenção de uma equipa multidisciplinar de reabilitação, justifica-se o internamento em Centros de Reabilitação, que são estruturas vocacionadas para uma reabilitação ativa, dinâmica e intensiva, com vista a uma reintegração socioprofissional plena, sempre que possível. Esta intervenção poderá também ser possível em Unidades de Cuidados Continuados.

Os Centros de Reabilitação públicos existentes em Portugal são 4: Centro de Medicina de Reabilitação do Norte, o CMRRC-RP, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e o Centro de Medicina e Reabilitação do Sul. São estabelecimentos hospitalares de nível central, que exercem atividade de interesse público nas áreas de cuidados de saúde, ensino e investigação na saúde. O número de camas disponíveis destes Centros é cerca de 600.

A RNCCI criada em 2006 constitui-se como o modelo organizativo e funcional, desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o SNS e o Sistema de Segurança Social. É formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, tanto na sua casa como em instalações próprias. Todos os doentes que tenham um internamento em hospital de agudos ou que se encontrem no domicílio têm direito aos cuidados continuados integrados desde que apresentem

com dependência funcional temporária (por estar a recuperar duma doença, cirurgia, etc.), dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença), incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social ou doença severa, em fase avançada ou terminal.

As UC's distribuem-se pelo país num total de 764 camas. (Relatórios GestCare CCI, 2016).

De forma mais específica cumpre-nos referenciar de modo especial o CMRRC-RP, enquanto local da nossa atividade profissional. A antiga Leprosaria (Doença de Hansen) do Rovisco Pais foi em 1996 reconvertida no primeiro Centro de Reabilitação do SNS, dedicado à assistência, ensino e investigação na área da fisioterapia/reabilitação. Exerce a sua atividade nas áreas dos cuidados de saúde de medicina física e reabilitação integral e intensiva e de elevada qualidade e diferenciação nas vertentes física, psíquica e social, num contexto de formação, ensino, investigação conhecimento científico e inovação, constituindo-se como uma referência nacional e internacional.

O CMRRC-RP presta cuidados diferenciados no âmbito da reabilitação, a doentes com lesões neurológicas cerebrais. Promove a readaptação e reintegração, o seu principal objetivo é restituir o doente à sua família e ao seu ambiente habitual com o maior grau de autonomia possível, prevenindo complicações futuras e mantendo o doente ativo e participante. Recebe doentes com patologias AVC, traumatismos crânio encefálicos, lesões músculo esqueléticas, amputados e lesionados vertebro medulares. É altamente especializado e mantém os doentes internados até esgotarem o seu potencial de recuperação.

A UCCC-RP, no âmbito da RNCCI, foi inaugurada em 2011, com capacidade para 30 camas tendo sido alargada para 60 em 2015. Esta Unidade é especificamente direcionada para doentes Pós-AVC e Pós-Cirurgia do Aparelho Locomotor que, no seguimento de internamento em hospital de agudos, necessitem de recuperar da sua perda de funcionalidade, com vista à sua reinserção na sociedade. Estes cuidados continuados de convalescença compreendem um internamento até trinta dias, período após o qual os doentes têm alta ou, caso necessitem, são encaminhados para o centro diferenciado de reabilitação do CMRRC-RP, outra resposta da RNCCI.

4. Impacto nas condições de vida dos doentes com AVC, em idade ativa após reabilitação

Estiveram internados na UCCC-RP, no período de 1 janeiro a 31 de dezembro de 2015, 198 doentes com diagnósticos: AVC, patologias do foro ortopédico, traumatismo crânio encefálico, lesões medulares e amputados. Destes, 120 apresentavam AVC com idades compreendidas entre os 29 e mais de 85 anos.

Esta investigação restringe-se a doentes com idade ativa, entre os 29 e os 64 anos (53) que tinham vínculos laborais ou que se encontravam em situação de desemprego à data da entrada na UC (41). Nesta faixa etária já se encontravam aposentados por invalidez 12 doentes, sendo que um encontrava-se na condição de pré-reforma.

A recolha de informação foi efetuada a partir dos processos sociais elaborados pelo assistente social aquando da entrada na UC e ao longo do internamento. Constam neles, informações relativas aos doentes nas várias dimensões: social, pessoal, familiar e profissional. A partir dos elementos neles inscritos, realizou-se a caracterização sociodemográfica dos doentes (53). Em 2017 retomou-se o contacto com estes por via telefone (41), cujo objetivo foi dar conta das alterações ocorridas após o AVC, analisando as alterações dos rendimentos, de que forma o acesso aos direitos à saúde, à reabilitação, Segurança Social e trabalho foram consagrados e assim chegar aos resultados da investigação. Dos 41 doentes contactados telefonicamente em 2017, constatou-se que 5 tinham falecido (11%). Assim, a análise da situação atual recaí em 36 doentes.

4.1. Caracterização sociodemográfica dos doentes à entrada na Unidade de Cuidados Continuados Convalescença do Rovisco Pais

Dos 53 doentes que sofreram AVC, 32 eram maioritariamente homens, com idades entre os 29 e os 64 anos. A maior parte apresentava idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos (28). O tipo de AVC Isquémico foi predominante (37). Os dados de incidência e mortalidade por AVC têm revelado que são mais elevados nos homens e a prevalência de hipertensão arterial é o principal fator de risco para o AVC, segundo o artigo (Dias; C.M; Sousa-Uva, 2014).

Relativamente ao estado civil dos doentes, pudemos constatar que a maioria era casada ou vivia em união de fato (29), seguindo-se os divorciados (15) e abaixo de 10% os solteiros e viúvos. Quanto ao agregado familiar destes doentes, variou até o um máximo de cinco pessoas. A maioria coabitava com o cônjuge ou companheiro e filhos (20), seguindo-se os que não tinham filhos no agregado familiar (15). De referir que, 8 residiam sozinhos e 10 com outros familiares (sogros, netos, irmãos, pais). Os doentes com estado civil divorciados foram aqueles que viviam em agregado familiar unitário.

Quanto às habilitações literárias, a maior parte dos doentes completou o segundo ciclo do ensino básico (2º CEB) (23). Com igual número seguiram-se os doentes com 4 anos de escolaridade (1º CEB) e com 9 anos de escolaridade (3º CEB) (10). De referir ainda que 6 possuem uma licenciatura e 4 concluíram o ensino secundário.

À entrada na UC identificaram-se 28 doentes com vínculo laboral, seguiram-se os desempregados (13), dos quais 8 eram desempregados de longa duração e 2 domésticas, encontrando-se somente 3 a auferir subsídio desemprego. Partindo da classificação nacional das profissões, a maioria são operários, artífices e trabalhadores similares (11), seguiram-se os trabalhadores não qualificados (10) e os especialistas de profissões intelectuais e científicas (7).

Aquando da entrada na UC os rendimentos auferidos provinham do subsídio por doença (27), reforma por idade ou invalidez (12), subsídio de desemprego (3) e beneficiário de RSI (1) que aguardava deferimento. Desta forma, 21 doentes aufeririam um rendimento inferior ao salário mínimo nacional à época (505€)¹, maioritariamente eram os reformados por invalidez e os que se encontravam a receber subsídio desemprego. A auferir rendimentos entre 1 e 2 salários mínimos encontravam-se 12 doentes e acima de 3 salários mínimos encontravam-se 8 doentes dos quais 6 eram licenciados. Não auferiam qualquer rendimento 12 doentes: os desempregados de longa duração, com exceção de um que aguardava deferimento para atribuição do

¹ Salário mínimo nacional em Portugal no ano 2015. Em 2017 o valor encontra-se nos 557€ (PorData,2015).

RSI; 2 domésticas; 1 empregado, que não tinha efetuado descontos suficientes para beneficiarem do direito à baixa.

Todos os doentes residiam na região centro, a maioria proveniente do distrito de Coimbra (26), seguindo-se 12 que residiam no distrito de Leiria e 9 no distrito de Aveiro. De referir que do distrito de Viseu e Castelo Branco provieram 6 doentes.

Os doentes beneficiaram de um internamento com duração entre um mínimo de 4 e um máximo de 90 dias, a maior parte (23) esteve internado entre 76 e 90 dias o tempo máximo permitido nesta Unidade.

Após alta da UCCC-RP, a maioria dos doentes (28) regressou ao domicílio com suporte familiar e/ou apoio de instituições particulares de solidariedade social, seguindo-se os doentes com internamento no serviço de Reabilitação Geral de Adultos do CMRRC-RP para continuação do programa de reabilitação (15). Foram transferidos para Unidades Média Duração e Reabilitação para continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social (4), que pela sua complexidade ou duração, não podiam, ser assegurados no domicílio. Ingressaram em Estruturas Residenciais para Idosos 2 doentes. No decorrer do internamento, 3 perderam a vaga por agudização da sua situação clínica e um pediu para ter alta.

4.2. Acesso aos direitos do trabalho, da Segurança Social, saúde e reabilitação

No que concerne aos direitos na saúde dos doentes à data de entrada na UCCC-RP, foi possível verificar que 10 doentes já apresentavam uma incapacidade igual ou superior a 60%. Quanto à isenção das taxas moderadoras, consultas e tratamentos verificou-se que 23 doentes encontravam-se isentos do seu pagamento, o que advém dos baixos rendimentos e do grau de incapacidade atribuído, critérios subjacentes a esta isenção e ao pagamento de transportes não urgentes (Portaria nº83/2016).

Relativamente aos direitos da Segurança Social, verificou-se que os desempregados de longa duração e as domésticas (10) não beneficiavam de prestações sociais que colmassem a falta de rendimento proveniente do trabalho. O afastamento da atividade profissional prolongado conduziu à ausência de direitos sociais.

Com a entrada na UC, foi-lhes permitido que tivessem acesso à informação e fossem encaminhados pelo serviço social, de forma a poderem usufruir de direitos sociais. Assim, em 2017, estes doentes passaram a beneficiar de subsídio de doença, de pensão de invalidez e de subsídio desemprego. A aproximação com o serviço social produziu efeitos e conduziu ao acesso do direito.

Neste contexto, no decurso do internamento, coube ao assistente social informar e esclarecer todos os doentes e familiares dos seus direitos relativamente à saúde, Segurança Social e trabalho.

Em 2015 não se registaram encaminhamentos para reintegração/formação profissional para o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, como tem sido prática em anos anteriores. O serviço social encaminhou, para os respetivos organismos, a documentação necessária de forma a serem garantidos os direitos. No que concerne ainda à intervenção do serviço social, foram realizados 24 encaminhamentos para junta médica da saúde pública, seguindo-se de 18 para atribuição de pensão de invalidez, 5 para complemento por dependência e 1 pedido de vaga cativa em estrutura residencial para idosos.

4.3. Repercussões do AVC e a erosão dos direitos sociais nas condições de vida dos doentes

Em 2017 foram auscultados por telefone 41 doentes com o objetivo de analisar a alteração dos rendimentos, o regresso ao trabalho e o acesso aos direitos sociais, questões que nortearam a pesquisa. Na abordagem, constatou-se que 5 tinham falecido (11%).

Dos 36 doentes em estudo verificou-se que a maioria não retomou o trabalho (89%). Os que continuaram a atividade profissional anterior (11%) exerciam atividade de produtor agrícola, professora do ensino público, operário fabril e pastor religioso. A maioria tinha ficado reformada por invalidez (67%), com incapacidade temporária para o trabalho (baixa médica) (19%) e na condição de desempregado (3%).

Os rendimentos auferidos mensalmente pelos doentes à entrada na UC oscilavam entre 0€ e 3000€.

Como se observa na tabela 1, auferia um valor inferior ao salário mínimo nacional (40% - 505€). Sem auferir quaisquer rendimentos ou prestações sociais eram 23% e com a mesma percentagem os doentes que auferiam entre um e dois salários mínimos. Comparando os rendimentos dos doentes à entrada e um ano após a alta da UCCC-RP, constatou-se o aumento do número de doentes a auferir um valor inferior a um salário mínimo nacional (69%). Sabemos que o nível socioeconómico influencia o estado de saúde. O estudo de Ribeiro S, et al. (2013) menciona que o AVC associa-se aos grupos de rendimentos mais baixos e com maior nível de desigualdades socioeconómicas. Após a saída da UC não se registaram doentes sem rendimentos, o que significa que todos passaram a beneficiar de prestações sociais e a usufruírem de direitos sociais mesmo que em patamares mínimos.

Tabela 1 - Rendimento do trabalho e prestações sociais auferidas pelos doentes à entrada da UCCC-RP (2015) e em 2017

Rendimento Mensal	Doentes			
	2015		2017	
	%	Nº	%	Nº
Sem Rendimentos	23%	12	0%	0
<505€	40%	21	69%	25
505€ - 1010€	23%	12	17%	6
1010€ - 1515€	9%	5	8%	3
≥1515	5%	3	6%	2
Total	100%	53	100%	36

Pela variação de valores auferidos por prestações sociais e rendimento do trabalho, 2015-2017, tabela 2, constatou-se que dos 36 doentes em estudo, 19 passaram a apresentar valores inferiores, provenientes das prestações sociais (subsídio doença, pensão invalidez, subsídio desemprego). Apresentaram rendimentos superiores 12 doentes e 5 mantiveram o valor de rendimento que tinham antes do AVC. Este último fato deveu-se à continuidade do exercício da profissão anterior e a um pensionista de invalidez. O rendimento mensal dos doentes oscilou entre um mínimo de 190€ e um máximo de 2800€. Após a alta da UC, quanto à redução do valor do subsídio de doença

(7), verificou-se uma redução entre 100€ e 400€ mensais, o que se deve à regressividade dos direitos ao nível da Segurança Social. Dos reformados por invalidez (24), 11 viram os seus rendimentos reduzidos entre 19€ a 400€. Registaram-se variações positivas (12), num intervalo entre 190€ a 700€ porque passaram a beneficiar de rendimentos provenientes da reforma, sendo estes os que anteriormente não eram detentores de quaisquer prestações sociais. Os que auferiam subsídio de desemprego foram penalizados numa redução de 140€ no rendimento mensal.

Tabela 2 - Variação de valores auferidos por prestações sociais e rendimentos do trabalho, 2015-2017

Variação de valores / rendimentos em 2017										
Valor Prest. Sociais	≤100€	≤200€	≤300€	≤400€	-	≥100€	≥200€	≥300€	≥400€	Total
Subsídio de doença	4	2	0	1	0	0	0	0	0	7
Pensão Invalidez	8	2	0	1	1	5	2	3	2	24
Rendimento trabalho	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Subsidio desemprego	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	13	4	0	2	5	5	2	3	2	36

No que diz respeito à reabilitação em regime de ambulatório, após a alta da UC, a maioria realizou sessões de fisioterapia (83%). Uma percentagem inferior não retomaram as sessões de fisioterapia por não existir necessidade (17%). A grande maioria dos doentes recorreu a serviços públicos (67%). Procuraram os serviços privados (8%) e o mesmo número aos dois tipos de resposta (público/privado). No que concerne ao custo por sessão de fisioterapia, nos doentes que frequentaram o serviço público, a grande maioria não teve custos sendo gratuito por serem isentos das taxas moderadoras (59%). Os restantes pagaram entre cinco e oito euros por sessão (8%). O custo por sessão de fisioterapia no privado variou entre 7,5€ e um máximo 20€.

CONCLUSÃO

O AVC continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal. Em 2016 o INEM encaminhou mais de três mil casos para a Via Verde AVC (SNS, 2016).

Assim, de acordo com estes dados, propusemo-nos analisar os impactos provocados pela doença, e as pelas políticas e direitos sociais dos doentes em tempos de austeridade.

O estudo publicado por Ribeiro S, et al. (2013) refere que o AVC está associado a níveis socioeconómicos mais baixos. A investigação aos 53 doentes à entrada da UC confirma este estudo e espelhava a situação de precaridade em que se encontravam os doentes. Verificámos que eram maioritariamente homens com diagnóstico de AVC Isquémico, com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos, casados a coabitar com conjugue e filhos. A maioria apresentava o 6º ano de escolaridade e, segundo o grupo profissional, eram operários, artífices e trabalhadores similares, ou seja, de classe socioeconómica baixa.

Nesta faixa etária observaram-se 23% de doentes pensionistas por invalidez. Relativamente à situação profissional, 53% apresentavam-se a exercer uma profissão, 24% encontravam-se na condição de desempregados. Sem rendimentos ou prestações sociais 23% (desempregados longa duração e domésticas). A maioria auferia mensalmente um valor abaixo do salário mínimo nacional (40%). Estes valores confirmam, mais uma vez, o estudo referido inicialmente.

Analisámos que quando confrontados com o AVC, novos impactos surgiram decorrentes da situação e das políticas de austeridade. Assim, fomos identificar as alterações ocorridas ao nível da atividade laboral, alterações dos rendimentos auferidos e direitos à saúde, Segurança Social e reabilitação desta população. Em resultado da nossa análise percebemos que uma das não respostas por parte do Estado é a exiguidade de serviços para os doentes dependentes em idade ativa que necessitem de apoio de terceira pessoa para as suas atividades de vida diária. Somos diariamente confrontados com esta situação no exercício da nossa atividade profissional.

A RNCCI, criada para satisfazer as necessidades de apoio clínico e social dos doentes, é uma resposta temporária com critérios de admissão e participação

monetária do doente/família, o que faz dele um processo moroso e burocrático. Tem mantido um crescimento continuado, ainda que pautado por diversas assimetrias, nomeadamente as regionais e a carência de camas nos grandes centros urbanos. Exemplo dessa assimetria foram as equipas de cuidados continuados integrados ao domicílio, que sofreram uma redução de número de lugares em algumas Administrações Regionais de Saúde (Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019).

As UAVC definidas para melhorar a acessibilidade dos doentes em fase aguda da doença e reduzir a morbilidade e mortalidade, apesar de terem vindo aumentar o número de admissões, as suas 30 unidades ao longo do país, com o número máximo de 265 camas disponíveis, não são suficientes. Estão distribuídas desigualmente e existe um problema grave de exclusão de doentes, provavelmente provocado pelas assimetrias regionais (Tempo Medicina Online, 2012).

Após internamento na UCCC-RP, a maioria dos doentes regressou ao domicílio (53%). Em algumas situações, as famílias não tinham condições para assegurar a continuidade de cuidados no pós-alta ou verificaram-se relações inexistentes ou conflituosas com a família, surgindo a necessidade de serem transferidos para outras Unidades (7%).

Verificámos que a política de Segurança Social tem restringido o acesso e as prestações sociais têm sido diminuídas o que torna mais difícil e instável a condição de vida destes doentes que, por si só, se encontravam em situação de vulnerabilidade. A redução dos rendimentos é resultado da austeridade. Com a crise de 2008 e a entrada da Troika em Portugal, as consequências sociais do programa de ajustamento levaram ao aumento do desemprego, a um corte nos rendimentos, nas pensões e no acesso à saúde, que se refletiu no agravamento das condições de vida das famílias e doentes com AVC. Constatámos que os baixos salários, a falta de emprego e a precaridade que caracterizaram o mercado de trabalho para os mais jovens, nos últimos anos, ajudaram a explicar esta situação. A partir de 2016 surgiram políticas menos penalizadoras. Na atual conjuntura está a existir uma pequena alteração positiva dos montantes das prestações sociais e assiste-se a um descongelamento dos

salários públicos e aumento das pensões o que nos reporta para um aumento, embora diminuto, do nível de vida das classes sociais onde surgem mais casos de AVC.

Em 2017, passado um ano da alta da UCCC-RP verificámos que maioria dos doentes deixou de ter condições para exercer a profissão. Não retomaram atividade profissional (89%) passando à condição de pensionistas por invalidez (67%).

O trabalho do assistente social na UC foi indispensável no acompanhamento, apoio psicossocial e informação dos direitos sociais que prestou aos doentes e famílias com AVC. Envolveu o doente no planeamento de estratégias e acompanhamento das políticas para efetivação dos direitos sociais. Assim, o serviço social foi um recurso altamente benéfico ao serviço do doente vítima de um AVC (Pimenta, M. 1998). O AVC e a entrada na UC colocou o doente em contato com o assistente social, o que conduziu ao aumento do número de doentes a auferir um rendimento mensal, embora inferior ao salário mínimo nacional (69%).

As alterações das políticas de austeridade, que incidiram na redução dos rendimentos e prestações sociais conjugadas com a doença, conduziram a que 29% dos doentes ficassem em pior situação em 2017. Nessa altura, não se registaram doentes sem rendimentos, verificando que os mesmos foram garantidos mas, em valores inferiores aos auferidos anteriormente. Os doentes com AVC, apesar do apoio do serviço social, ainda assim, vivenciaram uma regressividade nos direitos à Segurança Social.

Pode-se afirmar que na conjuntura em análise, os doentes foram duplamente lesados com o impacto da doença: ficaram sem vínculo profissional e os seus rendimentos foram alvo de reduções. A situação da crise e a decorrente da doença condicionaram a situação socioeconómica dos doentes, o que levou a constrangimentos com encargos familiares, saúde (aquisição de produtos de apoio) e dificuldades na adaptação do domicílio à nova situação de dependência. Apesar do acesso ao direito ser concretizado, o aumento da idade da reforma e a condição de invalidez precoce, conduziu a um valor das pensões mais reduzidas. A doença incapacitante em idade jovem contribuiu para que carreira contributiva fosse muito abaixo do esperado. Em 2017, a política de Segurança Social conduziu a ligeiros aumentos nas pequenas pensões (Portaria n.º 98/2017).

O impacto da crise económica refletiu-se nas políticas de saúde e nos cuidados de saúde prestados. As consequências da austeridade adotadas com o objetivo de controlar o endividamento público, consistiram em fortes cortes nos orçamentos sociais e da saúde, originando na saúde o “tendencialmente gratuito” que não estava previsto inicialmente.

A baixa condição socioeconómica, situação de vulnerabilidade e constrangimentos com que se confrontaram para além dos rendimentos, proporcionou aos doentes retomarem a reabilitação no serviço público (67%) encontraram-se isentos do pagamento das taxas moderadoras (59%). A reabilitação pós AVC é um direito mas desigual. O rendimento mensal teve poder explicativo sobre escolha do serviço público/privado para a reabilitação, os que recorreram em exclusivo ao setor privado apresentavam rendimentos mais elevados.

Atualmente o Estado transfere o financiamento e as suas responsabilidades para o sector privado. As políticas de saúde de cariz neoliberal têm levado a uma maior comparticipação dos doentes no acesso à saúde. Têm sido várias as alterações no acesso às prestações do SNS por parte dos doentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. O baixo rendimento individual, o aumento do valor das taxas moderadoras e as limitações de acesso a um conjunto de benefícios condicionam o exercício do direito à saúde como universal, como está previsto na CRP (1976). Passando a tendencialmente gratuito, os doentes de menores rendimentos são penalizados contrariando a CRP (1976).

O impacto da austeridade na política de Segurança Social em Portugal e as alterações produzidas não reforçaram o apoio aos mais pobres nem combateram a pobreza e a exclusão social, como se pretendia, existindo um desinvestimento no Estado Social, no que diz respeito à Saúde.

Acreditamos que este trabalho possa vir a ser um ponto de partida para análise mais profunda das consequências do AVC, ou outras patologias incapacitantes que incorram numa invalidez precoce, avaliar e melhorar as atuais políticas sociais e a efetivação dos direitos. Cremos, também, que todos os estudos conjugados possam ajudar a que sejam delineadas estratégias e implementadas medidas que evitem o empobrecimento da população com incapacidades adquiridas.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ 1ºrelatório preliminar, do observatório sobre crise e alternativas, (2013).Centro de Estudos Sociais Laboratório associado Universidade de Coimbra. A Anatomia da Crise: Identificar os problemas para construir as alternativas, p.168.
- ✓ Alto Comissariado da Saúde, (2007). Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Alto Comissariado da Saúde
- ✓ Behring, E. R. (2009). Política Social no Contexto da Crise Capitalista. Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Brasília-DF:CFESS, ABEPSS.pág.301-321.
- ✓ Behring, E.R. (2012). O Estado Social tem futuro?. Em Quem Paga o Estado Social em Portugal? (pp.153-169). Lisboa: Bertrand Editora.
- ✓ Cambier, J. Masson M. e DEHEN, H. (2005). Neurologia. 11ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. ISBN 85-277-1066-8
- ✓ Carr, J. & Shepherd, R. (2008). Reabilitação Neurológica – Otimizando o Desempenho Motor. Brasil. Editora Manole.
- ✓ Carreira, H. M. (1996). As políticas sociais em Portugal: Gradiva.
- ✓ CRP, (2004). Constituição Da República Portuguesa 6ª Revisão. Lisboa, Assembleia da República, Divisão de Edições. CORNELL, Drucilla (1993).
- ✓ DGS, (2001). Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, p.28
- ✓ DGS, (2003). Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- ✓ DGS, (2006). Direção Geral da Saúde. Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Circular normativa nº 03/DSPCS, Lisboa: Ministério da Saúde

- ✓ DGS, (2006). Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Direção Geral da Saúde, Lisboa: Ministério da Saúde.
- ✓ DGS, (2014). Direção Geral da Saúde. Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números. Lisboa, DGS (2ª edição).
- ✓ DGS, (2016). Direção Geral da Saúde. Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.
- ✓ Dias, C. M.; Sousa-Uva. Mafalda. Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2014.
- ✓ DUDH, (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948-ONU.
- ✓ ESO, (2008). European Stroke Organisation. Executive Committee, ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis. 2008;25(5):457-507
- ✓ Gomes A, Nascimento E, Matos L, Martins I, Mos M, Correia J, et al. (2008). Acidente vascular cerebral no adulto jovem: estudo prospetivo de 58 doentes. Med-Interna. Vol. 15, Nº3, pág. 161-168.
- ✓ Helsingborg Declaration. (2006) - Organização Mundial De Saúde. (Helsingborg Declaration, on European Stroke Strategies. Kjellstrom, T., Norrving, B. e Shatchkute (Eds.), Copenhagen: WHO.
- ✓ Louro, C. (2001). *Acção Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.
- ✓ Luengo-Fernandez, R. Gray, A. M. & Rothwell, P. M. (2006). Population-based study of determinants of initial secondary care costs of acute stroke in the United Kingdom. Stroke 37 (10), 2579-2587
- ✓ Luengo-Fernandez, R., Gray, A. M. & Rothwell, P. M. (2009). Effect of Urgent Treatment for Transient Ischaemic Attack and Minor Stroke on Disability and Hospital Costs (EXPRESS study): a Prospective Population-Based Sequential Comparison. Lancet Neurology, 8(3), 235 - 243

- ✓ Mozzicafedo, J. (2000). Estado Providencia e Cidadania em Portugal. Celta Editora.
- ✓ Pimenta, M. (1998). AVC – aspetos sociais, apoios domiciliários e recursos. Painel apresentado nas I jornadas de doença vascular cerebral em medicina familiar, Porto, maio de 1997. Revista Geriátrica, Vol.11,nº104, pág.12-16.
- ✓ Plano de Desenvolvimento da RNCCI, (2016-2019). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2015).
- ✓ Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, (2003). Despacho nº. 16415/2003 (II série) – D.R. nº. 193 de 22 de agosto.
- ✓ Ribeiro S, et al. Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. Rer Port Cardiol. 2013.
- ✓ Rosa, E. (2012). As contas reais do Serviço Nacional de Saúde e os efeitos do programa da EU, em Varela, R., Quem para o Estado social em Portugal (pp.109-118), Bertrand.
- ✓ Sá, M. J. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6
- ✓ Santos, B. S. (1990) O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988). Porto: Edições Afrontamento, Porto.
- ✓ Silva, A.P., Pereira, T. M. (2012). As Políticas de Proteção no Desemprego em Portugal. Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 70, 133-150
- ✓ Silva, T.M. (2012). Políticas Públicas de Saúde: tendências recentes. Sociologia, Problemas e Práticas, 69, 121-128
- ✓ Trindade, J.L. (2013). Os Direitos Humanos: para além do capital. Forti, V.; Brites, C. (org.) (2013). Direitos Humanos e Serviço Social: polemicas, debates e embates. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris. Pág. 11-28.
- ✓ Varela, R. (2012). Quem paga o Estado Social em Portugal. Bertrand Editora.
- ✓ Varela, R. (2013). Rutura e pacto social em Portugal (1974-2012). História e Perspetivas, Uberlândia (49):335-368
- ✓ Vasconcelos, A.M. (1997). A prática reflexiva e Serviço Social em Pauta. Rio de Janeiro, UERJ/FSS, 10, 131-182.

- ✓ Vicente, A. (2008). Dependência e sobrecarga familiar face ao doente vítima de um acidente vascular cerebral. *Revista Saúde amato lusitano*, 2008, vol.10,nº25,pág.13-18
- ✓ WHO, (2004). Organização Mundial De Saúde. *World Health Report: Changing History*. Geneva-
- ✓ WHO, (2006). World Health Organization. *STEPS stroke manual the WHO STEP wise approach to stroke surveillance*. Geneva: World Health Organization.

PUBICAÇÕES ELETRÓNICAS

- ✓ Associação AVC. (2009). Acedido em 12, Junho, 2016, em <http://www.associacaoavc.pt/SobreNos/Page1.php>
- ✓ CRP, (1976). A Constituição da Republica Portuguesa entrada em vigor, 25, abril, 1976. Acedido em, 20, setembro, 2016 em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- ✓ ERS, (2013). Entidade reguladora da saúde. O Novo regime jurídico das taxas moderadoras. Acedido em 29, Janeiro, 2015, em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/892/Estudo_Taxas_Moderadoras.pdf
- ✓ ESO, (2008). European Stroke Organization. Recomendações para o tratamento do AVC Isquémico. Heidelberg (2008). Acedido em 9, Novembro, 2016 em http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf
- ✓ Henning, D. (2013). Um Estudo sobre a saúde: a austeridade custa vidas humanas. Acedido em 12, setembro, 2016, em <http://alice.ces.uc.pt/news/?p=1676>
- ✓ INE, (2014). Instituto Nacional de Estatística. *Statiscs Portugal - causas de morte 2014*. Acedido em 10 de junho, 2016 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=224786815&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

- ✓ INE, (2016). Instituto Nacional de Estatística. Taxa Desemprego. Acedido em 3, Dezembro, 2016 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=249886143&DESTAQUESmodo=2
- ✓ INEM, (2016). Instituto Nacional de Emergência Médica Estatísticas – Via Verde AVC. Acedido em 10, Junho, 2016 em http://avc.inem.pt/avc/stats_avc_site/stats.asp
- ✓ INR, (2016). Instituto Nacional de Reabilitação. Fiscalidade. Acedido em 20, novembro, 2016 em <http://www.inr.pt/content/1/65/fiscalidade#3>
- ✓ ISS, (2015). Instituto de Segurança Social. Complemento por Dependência. Acedido em 19, dezembro, 2015 em <http://www.seg-social.pt/complemento-por-dependencia>
- ✓ ISS, (2016). Instituto de Segurança Social. Subsídio de Doença. Acedido em 20, novembro, 2016 em <http://www.seg-social.pt/subsidio-de-doencr>
- ✓ ISS, (2017). Instituto de Segurança Social. Pensão de Invalidez. Acedido em 20, fevereiro, 2017 em <http://www.seg-social.pt/pensao-de-invalidez>
- ✓ Observatório das Desigualdades, (2014). Limiar de Risco de Pobreza em Portugal. PORDATA. Acedido em 29, Março, 2016, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Limiar+de+risco+de+pobreza-2167>
- ✓ OMS, 2006. The Atlas of Heart Disease and Stroke, World Health Organization. Acedido em 29, Maio, 2016 em URL: <http://www.who.int>
- ✓ Pordata, (2015). Salário mínimo nacional em Portugal. Acedido em 28, fevereiro 2017 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Sal%C3%A1rio+m%C3%ADnimo+nacional-74>
- ✓ Pordata, (2015). Taxa de Desemprego em Portugal. Acedido em 20, Novembro, 2016 em [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+\(percentagem\)-553](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+(percentagem)-553) .

✓ Relatório da OCDE: Health at a Glance (2013). OECD Indicators; Chapter 7: Health Expenditure and Financing. Acedido a 11, Novembro, 2016 em <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

✓ Relatórios GestCare CCI, (2016). Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2016). Monitorização Mensal RNCCI – Setembro. Acedido em 3, junho, 2016, em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Indicadores-Mensais_setembro-2016.pdf

✓ Rosa, E. (2014). A destruição do SNS através do estrangulamento financeiro. Acedido em 20, Novembro, 2016 em <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2013/58-2013-snsf.pdf>

✓ SNS. (2016). Dia nacional do doente com AVC. Acedido em 2, abril, 2017 em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/03/29/dia-nacional-do-doente-com-avc-2/>

✓ SPAVC, (2017). Sociedade Portuguesa do AVC. Acedido em 1, abril, 2017 em <http://www.spavc.org/informacoes-2/unidades-de-avc-2>

✓ Tempo Medicina Online, (2012). Diretor Dr. José. M. Antunes. Acedido em 2, abril, 2017 em <http://www.tempomedicina.com/Arquiv.aspx>

✓ WHO, (1997). World Health Organization .WHOQOL-Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health. Acedido em 12, Junho, 2016, em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

✓ WSC, (2014-2016). World Stroke Organization, Campanha Mundial de AVC Acedido a 29, Maio, 2016 em http://www.worldstrokecampaign.org/pt_br/sobre-o-campanha-mundial-de-avc/saiba-mais-sobre-o-avc-acidente-vascular-cerebal.html

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

✓ Decreto-Lei 187-E/2013, de 31 de dezembro

✓ Decreto-lei nº 54/92, de 11 de abril

✓ Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho

✓ Decreto-Lei nº 128/2012, de 21 de junho

✓ Decreto-Lei nº1/2016, de 6 janeiro

- ✓ Decreto-Lei nº11/93, de 15 janeiro
- ✓ Decreto-Lei nº113/2011, de 29 de novembro
- ✓ Decreto-Lei nº203/74, de 15 de maio
- ✓ Decreto-Lei nº28/84, de 14 agosto
- ✓ Decreto-Lei nº48/90, de 24 agosto
- ✓ Decreto-Lei nº7-A/2016, de 30 março
- ✓ Decreto-Lei nº9/89, de 2 de maio
- ✓ Despacho n.º 10218/2014, de 8 de agosto de 2014
- ✓ Portaria 378-G/2013, de 31 de dezembro
- ✓ Portaria nº64-C/2016, de 31 de maio de 2016
- ✓ Portaria nº65/2016, de 1 abril
- ✓ Portaria nº83/2016, de 12 abril

ANEXO I